

GENGIVITE DESCAMATIVA POR CORPO ESTRANHO - UM CASO CLÍNICO ATÍPICO

Desquamative gingivitis by foreign-body - an atypical clinical case

Francisco Correia¹, Bruno Queridinha², Filipe Coimbra³, Ricardo Faria-Almeida⁴, António Felino⁵

¹ FMDUP, Departamento de cirurgia oral, faculdade de medicina dentária, Universidade do Porto, Porto, Portugal

² Departamento de cirurgia oral, faculdade de medicina dentária, Universidade do Porto, Porto, Portugal

³ Departamento de cirurgia oral, faculdade de medicina dentária, Universidade do Porto, Porto, Portugal

⁴ Department of Oral Surgery and Periodontology, School of Dental Medicine, University of Porto, Porto, Portugal

⁵ Departamento de cirurgia oral, faculdade de medicina dentária, Universidade do Porto, Porto, Portugal

Recebimento: 13/11/15 - Correção: 09/12/15 - Aceite: 14/01/16

RESUMO

A gengivite descamativa caracteriza-se por eritema doloroso, perda da camada superficial de queratina, com ou sem ulceração, na gengiva aderida. Não cede às medidas profiláticas convencionais.

Paciente do sexo feminino, 55 anos, caucasiana, compareceu na FMDUP, com “dor e ardência nas gengivas”.

Após diagnóstico clínico de gengivite descamativa iniciámos tratamento convencional. Foi realizada biópsia incisinal para despiste: líquen plano, pênfigo, penfigóide e lúpus eritematoso.

O resultado da biópsia revelou lesão líquenóide com infiltrado linfoplasmocitário e presença de corpo estranho. A histologia, e o facto de a doente não apresentar melhoras com a aplicação de corticóide tópico, à excepção da zona biopsada, favoreceu a hipótese de gengivite descamativa por corpo estranho.

Paciente foi aconselhada a fazer controlos trimestrais.

Pacientes com estas manifestações deverão proceder a um bom controlo de placa bacteriana e descartar outras fontes de inflamação. A remissão da doença, só se consegue totalmente com a eliminação cirúrgica da gengiva afectada.

UNITERMOS: Doença iatrogénica, reação de corpo estranho, granuloma, corpo estranho, doenças gengivais, casos clínico. R Periodontia 2016; 26: 57-61.

INTRODUÇÃO

A gengivite descamativa caracteriza-se pelo aparecimento de eritema, com ou sem ulceração, na gengiva aderida. Há perda da camada superficial de queratina e dor associada. Este tipo de gengivite não cede às medidas profiláticas convencionais (destartarização e polimento, raspagem e alisamento radicular) e à aplicação de clorhexidina (Cobb 1996).

Epidiologicamente esta lesão tem maior prevalência em mulheres de meia-idade (Markopoulos, Antoniadis et al. 1996).

Pode surgir como manifestação clínica de algumas doenças mucocutâneas, sendo as mais prevalentes o líquen plano, o penfigóide mucomembranoso e o pênfigo vulgar. No entanto outras causas como alterações hormonais, infecciosas ou alérgicas, podem estar também associadas

(Davenport, Chen et al. 2001).

Histologicamente caracteriza-se por degeneração hidrópica da camada basal, com infiltrado linfocitário em banda na lâmina própria.

O tratamento da gengivite descamativa passa pelo controlo da doença sistémica associada, coadjuvado pela remoção de placa bacteriana, raspagem e alisamento radicular. Na maioria dos casos consegue-se estabilizar a doença com aplicação de corticoides tópicos dispensados em pasta e verifica-se a recuperação da camada de queratina, assim como diminuição da inflamação (Richards 2005).

A gengivite descamativa associada a corpo estranho é uma inflamação crónica não induzida por placa que ocorre envolvendo a margem gengivas e/ou a gengiva aderida (Koh, Ko et al. 2005). Esta ocorre por intermédio de trauma, nomeadamente mecânico e químico, derivando a

reação inflamatória de contacto com uma substância tóxica ou reação alérgica, por exemplo provocada pela entrada de material dentário no tecido conjuntivo (Gordon and Daley 1997). Um estudo clínico (Gordon and Daley 1997) mostrou que esta condição se manifesta por lesões crônicas vermelhas ou vermelhas/brancas múltiplas ou isoladas, com queixas associadas de tumefação e dor, frequentemente confundidas com líquen plano. A condição frequentemente persiste mesmo após tratamento periodontal convencional e bom controlo de placa. Histologicamente caracteriza-se pela presença de inflamação granulomatosa, com intenso infiltrado linfocítico liquenóide. Podem estar presentes granulomas bem formados com células gigantes multinucleadas, contendo o corpo estranho geralmente não ultrapassando 5 μ m de diâmetro, ou apenas focos de histiócitos (Daley and Wysocki 1990).

Descrição do caso clínico:

Paciente do género feminino, 55 anos, caucasiana, apresentando como única patologia sistémica hipertensão arterial controlada com um hipertensor oral (Captopril 25mg genérico "Labesfal") compareceu (9 de Junho de 2011) no Mestrado de Cirurgia Oral da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto Portugal (FMDUP), com queixas de "dor e ardência nas gengivas". A paciente relatou que a sintomatologia iniciou-se duas semanas após ter efectuado uma destaratarização no seu medico dentista habitual. Recorreu ao seu médico dentista o qual prescreveu Amoxicilina (genérico "Sandoz") comprimidos 500mg de 8 em 8 horas; ao fim de 3 semanas não se verificou melhoria. A paciente foi encaminhada para o seu médico, o qual prescreveu outro antibiótico, Macrólido (genérico "Sandoz"), de 500mg de 12 em 12 horas durante 8 dias, ao fim dos quais não se verificou alteração de sintomatologia. O médico de família reencaminhou-a para o serviço de estomatologia do hospital central da zona de residência onde iniciou tratamento com o anti-fúngico Fluconazol (genérico "Ratiopharm") 50mg 1 vez/dia durante 14 dias acompanhado por um gel de clorhexidina 0,2% (Elugel). Com a persistência da sintomatologia, a paciente deslocou-se ao mestrado de cirurgia oral da faculdade de medicina dentária da Universidade do Porto Portugal (FMDUP) em busca de uma segunda opinião.

O exame clínico efectuado na 1ª consulta da FMDUP revelou inflamação gengival na região do 2º, 4º e 6º sextantes (Fig. 1) estando a gengiva livre e gengiva aderida com um aspeto eritematoso. Além da inflamação gengival a doente apresentava tártaro e placa bacteriana, não tinha bolsas periodontais, mas apresentava recessões gengivais, mais pronunciadas a nível dos pré-molares superiores.

O diagnóstico clínico inicial foi de gengivite descamativa. Nesta consulta prescreveu-se um complexo vitamínico (Stresstabs) e foram dadas instruções de higiene oral; foi realizada uma destaratarização associada a uma raspagem e alisamento radicular localizada e agendada nova consulta de reavaliação ao fim de 15 dias.



Fig.1-consulta inicial -Eritema na gengiva aderida entre os dentes 13-23

Na consulta de reavaliação verificou-se melhoria da higiene oral, ainda assim apresentando tártaro e placa bacteriana (Fig.2); a inflamação continuava presente. Foi prescrito propionato de clobetasol 0,5mg/g (Dermovate) pomada 2 vez dia durante 1 mês e Mycostatin solução oral 4 vezes/dia durante 1 mês para prevenir infecção por *Candida albicans*.

Após um mês foi efectuada nova observação, com ligeiras melhorias; apesar disso, os 2º e 6º sextantes continuavam a apresentar inflamação (Fig.3), pelo que foram pedidas análises



Fig.2-consulta de reavaliação ao fim de 15 dias - O eritema diminuiu mas mantém-se na gengiva correspondente ao dente 21



Fig.3-consulta de reavaliação ao fim de 1 mês - Eritema mantém-se na zona de 21 sem alteração

sanguíneas: hemograma com fórmula leucocitária, tempo de protrombina, plaquetas, velocidade de sedimentação; com o intuito de fazer um diagnóstico diferencial com outras patologias sistêmicas.

As análises sanguíneas apresentavam todos os valores dentro dos padrões adotados como normais. Foi realizada uma biópsia incisional da gengiva para despiste de uma das seguintes patologias: Líquen Plano, Pênfigo, Penfigóide e Lúpus Eritematoso.

O resultado da biópsia revelou lesão liquenóide. É possível observar nas imagens histológicas o infiltrado linfóide (linfócitos e plasmócitos) na camada dérmica característico de uma inflamação crônica e imagens de corpo estranho (Fig.4 e 5). Na hipoderme é observada uma acumulação de tecido adiposo.

A paciente foi aconselhada a manter rigorosos controles trimestrais de higiene oral de modo a não acumular placa

bacteriana. Em situações em que a inflamação reapareça foi aconselhada a utilizar propionato de clobetasol 0,5mg/g pomada (Dermovate) duas vezes/dia durante três semanas. A data de 25 de Junho de 2014, a paciente encontrava-se controlada (Fig.6).



Fig.6-consulta de controle- eritema mantém-se persistente em algumas areas localizadas.

A publicação científica deste caso clínico foi autorizada pela paciente.

DISCUSSÃO

O diagnóstico diferencial da gengivite descamativa inclui outras condições com manifestação oral de descamação gengival e ulceração; dermatoses (líquen plano, penfigóide mucomembranoso, pênfigo), reações de hipersensibilidade nomeadamente a corpo estranho oriundas da destartarização com polimento agressivo, as manifestações orais de determinadas doenças sistêmicas, como o lúpus eritematoso sistêmico/discóide, a granulomatose oro-facial e a estomatite ulcerativa crônica. O seu carácter local e a sintomatologia do paciente são um indicativo do tipo de lesão (Gordon and Daley 1997).

Neste caso o exame clínico demonstrou a existência de um biótipo gengival fino com ausência de queratina e eritema marcado característico de gengivite descamativa, apesar da presença de factores predisponentes e agravantes como tártaro e placa bacteriana, a sua eliminação não foi suficiente para o controlo da doença. A gengivite descamativa como manifestação oral de doenças mucocutâneas é mais frequente no líquen plano, seguido do penfigóide mucomembranoso e do pênfigo. A necessidade de exame histopatológico verificou-se pela ineficácia da abordagem inicial com melhoria dos hábitos de higiene oral e aplicação de corticóide tópico, e administração de um suplemento vitamínico para descartar a possibilidade de uma avitaminose. Na análise histológica a presença de infiltrado inflamatório é compatível com diagnóstico de líquen plano; no entanto, não é suficiente, pois esse infiltrado deve ser em banda e constituído unicamente

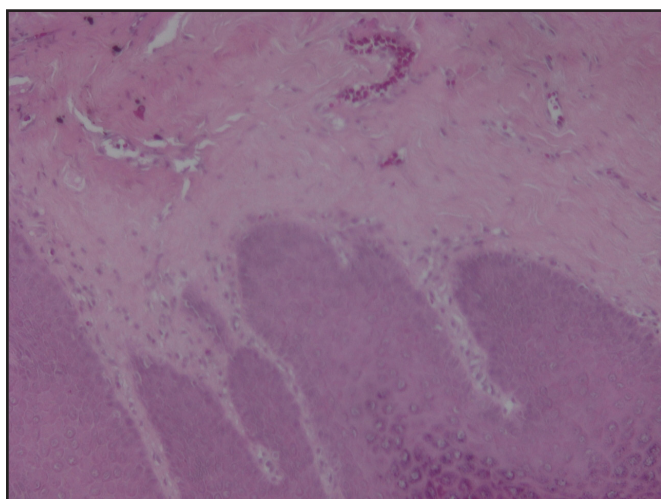


Fig.4-Imagens histológicas com a uma ampliação de 100x

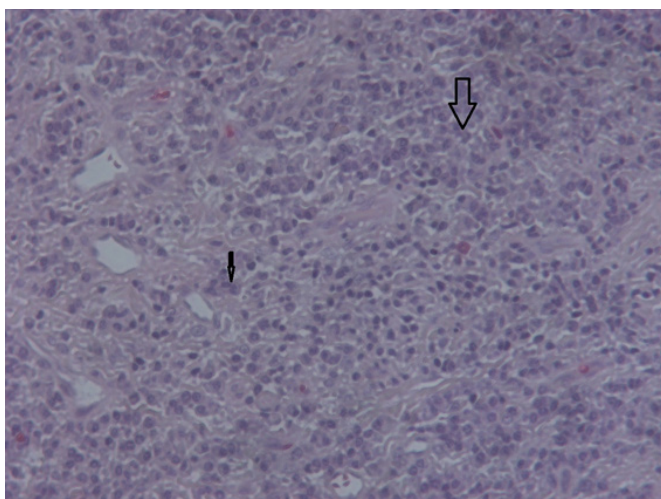


Fig.5-Imagens histológicas com a uma ampliação de 200x

-seta pequena -macrofago com corpo estranho

-seta grande - tecido de granulação com corpo estranho

por linfócitos (Kramer, Pindborg et al. 1992). A inexistência de bolha intra-epitelial e de acantólise permitem excluir também o pênfigo, assim como a falta de alterações subepiteliais colocam de parte o penfigóide. Perante estas evidências não sentimos necessidade de executar imunofluorescência direta para confirmar a presença de anticorpos para antigénios epidérmicos. A interpretação da biópsia gengival é difícil pois pode estar mascarada pelas alterações inflamatórias associadas a presença de placa bacteriana, apresentando-se a higiene oral cuidada essencial na obtenção do diagnóstico definitivo (Richards 2005). Por outro lado, o infiltrado inflamatório observado com predomínio de linfócitos e plasmócitos é compatível com inflamação provocada por corpo estranho.

No exame clínico não foram observadas as estrias de Wickam típicas do líquen plano e o facto de a inflamação não ter cedido com a aplicação de Propionato de clobetasol permitem excluir o diagnóstico de líquen plano. A ausência de bolhas e de úlceras afastando a hipótese de pênfigo e a inexistência de lesões oculares e de úlceras na mucosa oral torna-a pouco compatível com o penfigóide.

Na presença de gengivite descamativa deve-se despistar o lúpus eritematoso sistémico. Histopatologicamente, as lesões de lúpus são muito semelhantes às observadas no líquen plano, no entanto a doente não apresenta o rash cutâneo característico nem evidência de alterações analíticas/clínicas sugestivas da doença.

A presença de alterações gengivais inflamatórias associadas a materiais espúrios designa-se gengivite de corpo estranho, que se caracteriza pela sua inclusão no tecido conjuntivo (Gordon and Daley 1997, Holmstrup 1999, Gravitis, Daley et al. 2005). Pode ser devida a agressão causada na gengiva por alguns materiais dentários contendo sílica, geralmente é assintomática mas pode resultar em inflamação persistente e produzir lesões visíveis muito parecidas com as observadas na gengivite descamativa. O estudo histopatológico revela infiltrado linfoplasmocitário e nalguns casos partículas de corpo estranho (Daley and Wysocki 1990, Holmstrup 1999, Lombardi, Kuffer et al. 2001).

Neste caso a existência de corpo estranho, o facto de a gengivite descamativa só afetar determinadas zonas da gengiva e de ter aparecido após destarização, assim como estar associada a resistência ao tratamento com corticoides, orientam o nosso diagnóstico para gengivite descamativa associada a reação de corpo estranho, que se verifica após destarizações e polimentos traumáticos executados em gengivas muito inflamadas e por vezes com jactos de bicarbonato (Koh, Ko et al. 2005).

O tratamento recomendado nas gengivites descamativas

de corpo estranho é a excisão cirúrgica, apesar de o “stripping” e a gengivectomia em biótipos grossos já se ter revelado eficaz (Koh, Ko et al. 2005). A utilização de enxertos nas regiões afectadas também se mostrou promissor (Gravitis, Daley et al. 2005, Koh, Ko et al. 2005).

Koh Ru Fau Ko et al em 2005 (Koh, Ko et al. 2005) descreverem um caso clínico semelhante ao aqui apresentado, demonstrando que estes casos podem apresentar uma maior frequência e que necessitam que estejamos atentos aos mesmo. (Koh, Ko et al. 2005)

CONCLUSÃO

Pacientes com manifestações de gengivite descamativa associada a corpo estranho deverão sempre possuir um controlo apertado de higiene oral que evite a acumulação de placa bacteriana, de modo a diminuir o ressurgimento dos sintomas, e ser descartada outras fontes de inflamação. A remissão da doença, nestes casos só se consegue totalmente com a eliminação cirúrgica da gengiva afectada.

ABSTRACT

Desquamative gingivitis is a descriptive term that refers to an erythematous appearance of the gingiva, characterized by loss of keratin, with or without ulceration, and pain-prophylactic measures won't restrain symptoms.

55 year-old woman, caucasian, came to FMDUP with pain and burn on the gingiva.

Clinical diagnosis of desquamative gingivitis was followed by conventional treatment. Incisional biopsy was performed after verifying the insuccess of conventional measures: lichen planus, pemphigus, pemphigoid, lupus erythematosus were considered.

The biopsy unfolded a lichenoid lesion with lymphocytic infiltrate and presence of foreign body. This diagnosis in association with the lack of improvement after topic application of corticosteroids, favored the hypothesis of desquamative gingivitis associated with foreign body.

The patient was advised to attend to quarterly appointments.

Patients with these clinical manifestations, must have a perfect plaque control, allowing to discard other sources of inflammation.

Cure is only complete with surgical removal of the affected gingiva.

UNITERMS: Iatrogenic disease, foreign-body reaction, granuloma, foreign-body, gingival diseases, case reports

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Cobb, C. M. (1996). "Non-surgical pocket therapy: mechanical." *Ann Periodontol*1(1): 443-490.
- 2- Daley, T. D. and G. P. Wysocki (1990). "Foreign body gingivitis: an iatrogenic disease?" *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*69(6): 708-712.
- 3- Davenport, S., S. Y. Chen and A. S. Miller (2001). "Pemphigus vulgaris: clinicopathologic review of 33 cases in the oral cavity." *Int J Periodontics Restorative Dent*21(1): 85-90.
- 4- Gordon, S. C. and T. D. Daley (1997). "Foreign body gingivitis: clinical and microscopic features of 61 cases." *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*83(5): 562-570.
- 5- Gordon, S. C. and T. D. Daley (1997). "Foreign body gingivitis: identification of the foreign material by energy-dispersive x-ray microanalysis." *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*83(5): 571-576.
- 6- Gravitis, K., T. D. Daley and M. A. Lochhead (2005). "Management of patients with foreign body gingivitis: report of 2 cases with histologic findings." *J Can Dent Assoc*71(2): 105-109.
- 7- Holmstrup, P. (1999). "Non-plaque-induced gingival lesions." *Ann Periodontol*4(1): 20-31.
- 8- Koh, R. U., E. Ko, T. J. Oh and P. C. Edwards (2005). "Foreign Body Gingivitis." *J Mich Dent Assoc*97(3): 44-47.
- 9- Kramer, I. R., J. J. Pindborg and M. Shear (1992). "The WHO Histological Typing of 9- 9- Odontogenic Tumours. A commentary on the Second Edition." *Cancer*70(12): 2988-2994.
- 10- Lombardi, T., R. Kuffer and B. Dubrez (2001). "Polishing-paste-induced silica granuloma of the gingiva." *Dermatology*203(2): 177-179.
- 11- Markopoulos, A. K., D. Antoniadis, P. Papanayotou and G. Trigonidis (1996). "Desquamative gingivitis: a clinical, histopathologic, and immunologic study." *Quintessence Int*27(11): 763-767.
- 12- Richards, A. (2005). "Desquamative Gingivitis: Investigation, Diagnosis and Therapeutic Management in Practice." *Perio - Periodontal Practices Today*2(3): 183-190.

Endereço para correspondência:

Rua Dr. Manuel Pereira da Silva, 4200-393 – Porto – Portugal

TEL: 00351 916113727

E-mail: franciscodcorreia@gmail.com